

1. Problemstellung

1.1 Orientierung über die Problematik

Die Patientin berichtet, seit Mitte November 1997 unter „körperlichen Beschwerden wie Herzrasen, Unruhe, Konzentrations- und Schlafstörungen“ zu leiden. Sie erwache nachts „in Panik“. Die Symptome seien aufgetreten, nachdem sie in einem Gespräch mit ihrem Arbeitgeber mit „ungerechtfertigten Vorwürfen“ konfrontiert wor-

den sei und sich sehr aufgeregt habe. Etwa eine Woche nach dem Gespräch sei es zu einem sehr schweren Anfall mit „Todesangst“ gekommen, aufgrund dessen sie sich in die Klinik begeben habe (Aufenthaltsdauer: eine Woche). Dort habe man keine körperlichen Ursachen feststellen können und ihr eine psychologische Behandlung empfohlen.

Daneben berichtet die Patientin von einer negativen Stimmungslage: Sie sei häufig unzufrieden und reizbar und fühle sich niedergeschlagen. Außer der Bewältigung der akuten Symptomatik möchte Frau F. lernen, mit Belastungssituationen adäquater umzugehen, ihre eigenen Bedürfnisse besser zu erkennen und umzusetzen sowie ein angemessenes soziales Umfeld aufzubauen.

1.2 Rahmenbedingungen der Therapie

Die ambulante Psychotherapie hat in der Zeit von Dezember 1997 bis Juni 1999 mit fünf probatorischen und 45 therapeutischen Sitzungen, erst wöchentlich, später 14-tägig bei Kostenübernahme durch die Krankenkasse stattgefunden, anfangs als Kurzzeittherapie, dann nach Umwandlung als Langzeittherapie.

1.3 Aktuelle Lebensbedingungen

Frau F. lebt seit neun Jahren in einer festen Partnerschaft mit ihrem unheilbar kranken (Multiple Sklerose) Lebensgefährten. Im Frühsommer 1997 habe sich sein Zustand so verschlechtert, dass es zu einem mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt gekommen sei. Zu der Zeit habe Frau F. das erste Mal konkrete Verlustängste verspürt, da er vorher weitgehend symptomfrei gewesen sei. Ihr sei bewusst geworden, dass sie über keine weiteren sozialen Kontakte verfüge und sie nach seinem Tod allein wäre.

Ihr Partner erhält zur Zeit Infusionen, die zum Teil erhebliche Nebenwirkungen verursachen. Daher könne sie die von ihm erwünschte Unterstützung nicht in ausreichendem Maße bekommen und ihn nicht ständig mit ihrem Leiden konfrontieren.

Familiär bestehe zur Zeit kaum Kontakt zu den Eltern, zu den meisten Geschwistern sei er eher oberflächlich. Zu ihrer am nächsten stehenden Schwester habe sie den Kontakt eingestellt, nachdem diese Anfang 1997 ihr Vertrauen missbraucht habe. Sie habe der Schwester als einziger unter dem Siegel der Verschwiegenheit von der Erkrankung des Lebensgefährten erzählt, jene habe diese Information jedoch an den Bruder weitergegeben. Dieser Umgang mit vertraulichen Mitteilungen sei typisch in ihrer Familie.

Frau F. ist als leitende Angestellte für eine Versicherung tätig. Sie fühlt sich beruflich stark belastet, einerseits durch die Fahrzeiten, andererseits durch die Atmosphäre am Arbeitsplatz, da dort ihre Leistungen nicht anerkannt würden. So sei sie bei der Bewerbung um einen Stellvertreter-Posten übergangen worden, den eine Kollegin mit deutlich kürzerer Betriebszugehörigkeit erhalten habe. Des Weiteren vermutet sie

seit dem Gespräch mit dem Vorgesetzten (s.o.), dass man sie „loswerden“ wolle. An ihrem Arbeitsplatz habe man ihr einen Auflösungsvertrag angeboten, den sie unter bestimmten Bedingungen anzunehmen bereit sei. Seit dem Ende ihrer Arbeitsunfähigkeit im Januar 1998 hat die Patientin mehrmals versucht, an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Dabei war die von ihr wahrgenommene Belastung so hoch, dass es zu mehreren Angstattacken kam. Zu Beginn der Therapie ist die Patientin krank geschrieben und vermeidet die Arbeitswiederaufnahme. Seit Anfang Februar nimmt sie Amitriptylin 25 retard bzw. Amitriptylin Neurax 10. Sie hat bereits mehrere Ärzte aufgesucht und strebt einen stationären Aufenthalt zur Behandlung ihrer Probleme an. Ihre Belastungsgrenze sei erreicht. Insgesamt habe sie den Eindruck, weder in ihrer Familie noch im Beruf den „richtigen Platz“ gefunden zu haben.

1.4 Sozialisationsbedingungen

Die Patientin ist mit vier Geschwistern in einem konservativ geprägten Elternhaus als drittes Kind (Familie: Mittelschicht) aufgewachsen. Die Eltern hätten einerseits selbstständiges Handeln erwartet, andererseits viel Kontrolle ausgeübt. Dabei habe sie Anerkennung für hohe Leistungen bekommen. Sie habe Probleme gehabt, ihre eigenen Bedürfnisse im Elternhaus durchzusetzen. Das Verhältnis zu Eltern und Geschwistern beschreibt sie als distanziert. Die körperliche und schulische Entwicklung verlief unauffällig, Frau F. hat ihr Abitur mit 19 Jahren erlangt und ihr Studium 1990 abgeschlossen. Seit 1995 ist sie bei einer Versicherung tätig.

1991 hat Frau F. die Beziehung zu ihrem Partner aufgenommen, mit dem sie seit 1997 in einer gemeinsamen Wohnung lebt. Die MS-Erkrankung des Partners bestand bereits vor der Beziehung, mittlerweile sei er berentet. Auf Wunsch des Partners hat sie ihre Familie nicht von seiner Erkrankung in Kenntnis gesetzt, da das Verhältnis angespannt sei, der Familie „genüge“ seine Ausbildung zum Fachangestellten nicht. Bereits seit der Grundschulzeit habe sie kaum über soziale Kontakte verfügt, sondern eher zurückgezogen gelebt und sich mit sich selbst beschäftigt. Sie habe in ihrer Sozialisation nicht gelernt, eigene Bedürfnisse zu äußern oder Konflikte direkt auszutragen. Dazu habe man üblicherweise den „Weg über Dritte“ gewählt. Sie nehme in ihrer Familie eine Außenseiter-Position ein, da sie als einzige ledig und kinderlos sei und sich insofern i. S. der Eltern nicht wunschgemäß entwickelt habe.

1.5 Somatischer Befund

Die intensiven somatischen Untersuchungen in der anfangs aufgesuchten Klinik ergaben keine positiven Befunde. Eine Durchführung einer Verhaltenstherapie wurde empfohlen.

2. Psychischer Befund

Die Patientin ist im Kontakt zugewandt, introspektionsfähig und kann ihre Gefühle ausdrücken. Sie verhält sich der Situation angemessen und motiviert. Frau F. ist intellektuell leistungsfähig und reflektiert. Negative Grundstimmung und Angstattacken wie oben dargestellt. Es ergaben sich keine Hinweise auf akute Suizidalität, Depersonalisation, Derealisation, Dissoziation, Zwangsstörungen, psychotische Symptome, inhaltliche oder (über die oben beschriebenen depressiven Denkfehler hinausgehende) formale Denkstörungen.

3. Problemanalyse

3.1 Informationsquellen

Eine hohe allgemeine Symptombelastung zeigt das Ergebnis der SCL-90-R (GSI = 1.91). In Angstfragebögen erzielt sie Werte, die deutlich über denen der Normalpopulation (SPS = 24 und MIB = 1.33) bzw. im Bereich der klinischen Vergleichsgruppe (SIAS = 53, BSQ = 2.59, ACQ = 2.71 und MIA = 2) liegen. Die negative affektive Stimmungslage lässt sich mit dem Ergebnis im BDI (41) belegen. Bei der Durchführung des DIPS erfüllte die Patientin die diagnostischen Kriterien für ein Paniksyndrom mit Agoraphobie. In dem Arztbrief der Klinik wurde eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10, F43.23) diagnostiziert, im Konsiliarbericht eine somatisierte Depression.

3.2 Allgemeine Symptomatik

Die von der Patientin als sehr schwer bis unerträglich beschriebenen Angstanfälle treten alle zwei bis drei Tage mit einem schnellen Anstieg (Panik nach ca. zwei Minuten) für die Dauer von durchschnittlich einer Viertelstunde, vorwiegend während der Arbeitszeit in Zusammenhang mit beruflichen Belastungssituationen, auf. Ist die Anspannung sehr hoch, komme es auch zu nächtlichen Panikattacken aus dem Schlaf heraus. Ihre Grundstimmung bezeichnet sie durchgängig als schlecht, häufig fühle sie sich erschöpft und kraftlos.

3.3 Funktionale Bedingungsanalyse

- *Externe Situation:* MS-Erkrankung des Lebenspartners – berufliche Belastungen (lange Fahrtzeiten, Gespräch mit Arbeitgeber, Zusammenarbeit mit bestimmten Kollegen) – keine privaten sozialen Kontakte – wenig Kontakt zu Familienmitgliedern.
- *Interne Situation:* Zukunftssorgen (drohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Partners, berufliche Perspektive) – negative Gestimmtheit –

Wunsch nach Anerkennung (Partner, Familie, Arbeitgeber) – Wunsch nach mehr Freizeit – erhöhte Anspannung.

- *Wahrnehmungsprozesse*: Verstärkte Selbstbeobachtung – vermutlich selektive Aufnahme negativer Informationen.
- *Innere Verarbeitung*: Interpretation bestimmter Körpersignale unter Belastung als extrem bedrohlich; I. S. der typischen depressiven Denkfehler nach Beck verzerrte Interpretationen (s. u.); ergänzt durch einen ungünstigen Attributionsstil, z. B. wird eine Situation bewältigt, attribuiert die Patientin external-instabil-spezifisch („Dieses eine Mal bin ich nicht umgefallen, es war wohl nicht so schlimm“). Handlungsvorbereitung ist geprägt durch geringe Selbstwirksamkeitserwartung und negative Selbstverbalisationen bei gleichzeitig überhöhten Ansprüchen an die Leistungsfähigkeit.

Verhalten

a) *Panikattacken* (am Arbeitsplatz bei Belastung/Konflikten; in öffentlichen Sit.):

- *Vmot*: Flucht bzw. Verlassen der Situation (meist des Arbeitsplatzes, aber auch öffentliche Verkehrsmittel, Kaufhäuser) oder Vermeidung, sich überhaupt allein in die genannten Situationen zu begeben (konkret zur Zeit arbeitsunfähig, Partner muss sowohl außer Haus als auch in der Wohnung bei ihr sein); ist keine Flucht möglich, gelingen gelegentlich positive Selbstinstruktionen („tief durchatmen“; „beruhige dich“; „halte durch, bis du heraus kannst“).
- *Vemot*: Aufregung, Angst steigert sich bis zur Panik bzw. Todesangst.
- *Vkog*: „Ich bin aufgeregt“, „Man sieht mir das an, ich falle auf“, „Ich verliere die Kontrolle“, „Das ist gefährlich“, „Wenn das Herz nicht mehr kann, falle ich um“ bzw. in öffentlichen Situationen: „Niemand wird mir helfen“.
- *Vphys*: Anspannung, beschleunigter Puls, Herzrasen, Beklemmungsgefühle in der Brust, Kurzatmigkeit, Schwindel, Schweißausbrüche, Kribbeln.

b) *depressive Gemüthsheit* (v. a. bei negativer Selbstbewertung; Zukunftssorgen):

- *Vmot*: sozialer Rückzug.
- *Vemot*: Traurigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung.
- *Vkog*: negative Selbst-, Welt- und Zukunftsbewertung („ich bin unfähig“; „keiner akzeptiert mich“, „keiner sieht, wie schlecht es mir geht“, „mein Partner wird sterben“, „das bringt eh nichts“).
- *Vphys*: Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Schlaf- und Konzentrationsstörungen.

3.3.1 Konsequenzen

a) *Panikattacken*

- Flucht/Verlassen des Arbeitsplatzes/der Verkehrsmittel/des Kaufhauses:
- *Kki*: Panik lässt unmittelbar nach (*Kli*- gestr.); Verlust der Coping-Überzeugung/Selbstwirksamkeit (*Kli*+ gestr.), führt zu Zunahme der Selbstabwertung/der negativen Gemüthsheit (*Kli*-), Zunahme des Vermeidungsverhaltens (nicht allein außer Haus gehen) (*Kli*-), vermehrte Selbstbeobachtung, Zunahme der Erwar-

tungsangst (Kli-) und Zunahme des Stressniveaus (Kli-) erhöhen das Risiko weiterer Panikanfälle (Teufelskreis).

- Kke: Unterstützung vom Partner, der mehr Zeit mit ihr verbringt (Kke+).
- Kle: Verlust des Ansehens am Arbeitsplatz (Kle+ gestr.).
- Kli: Verlust an Lebensqualität (Kli+ gestr.).
- Vermeidung insbesondere des Alleinseins, aber auch der Rückkehr an den Arbeitsplatz: (Kli- gestr.).
- Kki: Reduktion der Erwartungsangst (Kki- gestr.), sonst wie bei „Flucht“.

b) depressive Gestimmtheit

- Kki: Anstrengung lässt nach (Kki- gestr.).
- Rechtfertigung des Vermeidungsverhaltens (Kki- gestr.) durch körperliche Erschöpfung.
- Kli: Zunahme der negativen Gestimmtheit (Kli-) durch Selbstabwertung (Kli-).
- Kke: Unterstützung vom Partner, der mehr Zeit mit ihr verbringt (Kke+).
- Kle: Verlust an Lebensqualität (Kli+ gestr.).

3.4 Analyse der Kognitionen/kognitiven Schemata

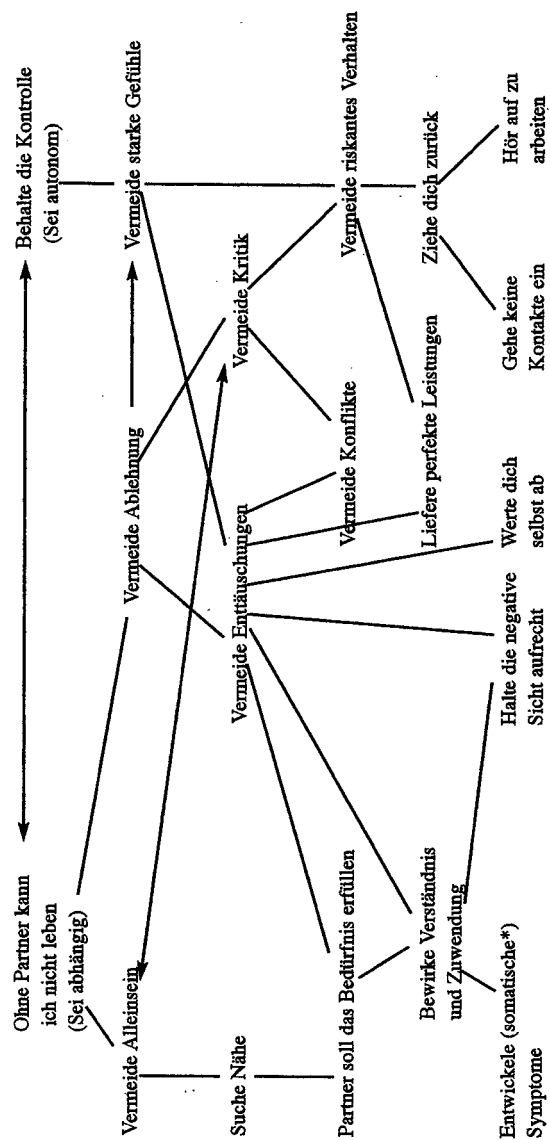
3.4.1 Dysfunktionale Kognitionen und Grundannahmen

Außer den bereits oben genannten Annahmen, z. B. „es wird sich nie etwas ändern“, spielen die weiter genannten Kognitionen eine Rolle: Das geringe Selbstwertgefühl der Patientin wird durch massiv selbstabwertende Gedanken weiter verringert. Bezüglich der Angstsymptomatik ließen sich ein übersteigertes Kontroll- und Sicherheitsdenken sowie spezifische Denkfehler (Katastrophisieren von Körpersymptomen, emotionale Beweisführung) feststellen. Bezüglich der depressiven Symptomatik wurden die typische negative kognitive Triade, depressive Denkfehler (z. B. absolutistische Forderungen an sich und andere, Schwarz-Weiß-Denken, Übergeneralisierung) und negative Attributionsstile identifiziert.

3.4.2 Pläne

Es lassen sich positive Erfahrungen beeinträchtigende Oberpläne wie z. B. „Sei immer perfekt!“ ausmachen, was in Kombination mit der Überzeugung, Anerkennung nur über Leistung erhalten zu können, dazu führt, dass jede Form von Kritik mit einer unangemessen hohen Bedrohung der Person einhergeht. Dabei konfliktieren insbesondere die Wünsche nach sozialem Kontaktaufbau/Nähe und Anerkennung mit den Vermeidungstendenzen bezüglich vermuteter negativer Bewertung durch andere. Letztlich wird so die Erfüllung der sozialen Bedürfnisse auf den Partner fokussiert, den es um jeden Preis „zu behalten“ gilt. Insofern wirkt dessen MS-Erkrankung besonders bedrohlich, da Frau F. ohne ihn nicht zur Lebensführung in der Lage zu sein glaubt. Als grundsätzlicher Plan lässt sich wohl formulieren: „Bleibe abhängig, damit dich deine letzte Bezugsperson (der Partner) nicht verlässt.“ Diese Form der Abhän-

gigkeit konfliktiert jedoch ebenfalls mit dem Kontrollbedürfnis der Patientin, so dass sich die Problematik bei dieser Betrachtung als Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt darstellt. Die aus der Exploration erschlossene Struktur der situationsübergreifend wirksamen Oberpläne ist in Abb. 1 plananalytisch dargestellt.



*Vor Beginn der Therapie ist die Pat. zunächst wegen Herzbeschwerden vorstellig geworden. Nach Ausschluß körperlicher Ursachen ist sie jedoch bereit, ein eher psychisches Krankheitsmodell zu akzeptieren.

Abbildung 1: Plananalyse Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt

3.5 Analyse der Kompetenzen/Ressourcen

Frau F. verfügt über gute Introspektions- und Reflexionsfähigkeiten. Sie ist neugierig und zeigt eine grundsätzliche Bereitschaft zu Veränderungen. Aufgrund der Arbeitsunfähigkeit hat die Patientin hinreichend Zeit für Übungen und Hausaufgaben.

3.6 Motivationale Analyse

Die Patientin sucht auf Empfehlung der Klinik umgehend eine Therapie, da sie sich akut durch die gesundheitlichen und beruflichen Probleme stark belastet fühlt und glaubt, diese nicht allein bewältigen zu können. Bezüglich der angestrebten Veränderungen besteht vermutlich eine ambivalente Motivation (s. 5.1).

3.7 Analyse der Selbststeuerungsfähigkeiten

Kurzfristige Selbstberuhigungsversuche in angstausslösenden Situationen waren nur wenig erfolgreich. Bislang hat sich die Patientin aufgrund ihres ursprünglich somatisch orientierten subjektiven Krankheitsmodells („Herzbeschwerden“) an ein Allgemeinkrankenhaus und an mehrere Ärzte gewandt.

3.8 Systemanalyse

Der Partner erfüllt das ausgeprägte Bedürfnis der Patientin nach mehr Nähe v. a. dann, wenn sie wegen ihrer Probleme seine Unterstützung benötigt. Dann ist er aufgrund seiner Berentung jederzeit verfügbar. Daneben legt er grundsätzlich nur wenig Wert auf soziale Kontakte, so dass das Paar keine soziale Einbindung hat. Es scheint, als wolle die Patientin den Partner durch die Symptomentwicklung stärker an sich binden, möglicherweise ihm auch verdeutlichen, dass er nicht der einzige ist, der unter einer schweren Krankheit leidet.

Am Arbeitsplatz wurde die Patientin mit für sie übermäßig selbstwertbedrohlicher Kritik konfrontiert. Ähnlich wie im familiären Subsystem zieht sie sich lieber zurück, bevor sie weiter kritisiert oder gar offen abgelehnt wird, beschleunigt dadurch aber eine negative Entwicklung, die im Falle des Arbeitgebers zum Angebot eines Auflösungsvertrages geführt hat.

3.9 Problemgenese und hypothetisches Bedingungsmodell

Die geringe wahrgenommene Selbstwirksamkeit und Konfliktlösungskompetenz der Patientin im familiären und beruflichen Bereich sowie ihr soziales Rückzugsverhalten haben die Entstehung der depressiven Symptomatik begünstigt. Die Belastungen im letzten Jahr durch die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Partners,

den Abbruch der einzigen engeren innerfamiliären Beziehung zur Schwester und die Konflikte am Arbeitsplatz haben zu einem erhöhten Stressniveau und zu einer negativeren Gestimmtheit geführt. Ungünstige interne Verarbeitungsprozesse (Überbewertung der Körpersignale als lebensbedrohlich) sind als auslösend für die Angstsymptomatik zu verstehen. Die wahrgenommene Entlastung durch die Arbeitsunfähigkeit und das Vermeidungsverhalten haben im Sinne der negativen, die erfolgte vermehrte Zuwendung durch den Partner i. S. der positiven Verstärkung zur Aufrechterhaltung der Problematik beigetragen. Die depressive Symptomatik verschlechterte sich, begünstigt durch den Verlust der Tagesstruktur und fehlende soziale Kontakte, was bislang nicht kompensiert werden konnte sowie durch vermehrte Selbstabwertungen. Das Vermeidungsverhalten bezüglich außerhäuslicher Aktivitäten trägt im Sinne des Verstärkerverlustes zusätzlich zur Aufrechterhaltung der negativen Gestimmtheit bei.

Die Patientin hat es nicht gelernt, eigene Wünsche zu formulieren sowie Konflikte auszutragen und kann bislang ihre Bedürfnisse nicht mittels Eigeninitiative erfüllen. Statt dessen erwartet sie eine Bedürfniserfüllung durch die Umwelt, was zu Enttäuschungen führt, worauf sie wiederum mit Rückzug reagiert. Funktional dienen die Symptome dazu, gleichzeitig ihr Bedürfnis nach Nähe, vornehmlich durch den Partner, zu erfüllen und jegliche Form von (bei anderen vermuteter) Kritik zu vermeiden, da diese von ihr als extrem selbstwertbedrohlich eingeschätzt wird. Daneben bietet ihr die Fokussierung auf das eigene Befinden die Möglichkeit, eine Auseinandersetzung mit dem drohenden Verlust des Partners durch dessen Krankheit sowie mit ihrer sozialen Isolation und den damit einhergehenden negativen Gefühlen zu vermeiden.

Ende!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf maximal 2 Seiten

1.) Erstellen Sie anhand der Falldarstellung einen adäquaten Therapieplan

2.) Welche Interventionstechniken halten sie für angebracht, um folgende Therapieziele zu erreichen, bitte mit Begründung

- einen besseren Umgang mit Angstanfällen erlernen, um die Angst zu bewältigen
 - eigenen Bedürfnisse kennenlernen und ernst nehmen, um zwischen den eigenen Erwartungen und denen anderer unterscheiden und wählen zu können
 - realistische Ziele mit mehr Selbstvertrauen verfolgen, mehr positive Selbsteinschätzung und Erfolgserwartung
 - das Leben aktiver gestalten, eigene Bedürfnisse erfüllen
-